

重症心身障害児者・医療的ケア児者調査票



該当する番号に○を付けてください ⇒ **1 重症心身障害児者** **2 医療的ケア児者**
 ※両方該当する場合は両方に付けてください

氏名(フリガナ)		()		性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	障害や病気の発症年齢 a. 出生時 b. 歳
住所	〒 -				(家族)
連絡先	電話 [] (自宅)		携帯電話 [] ()		
現在の居住生活の拠点 [在宅・施設入所・病院入院] (該当するものに○を付けてください)					
(1) 運動機能の段階 (該当に○を付けてください)			(2) 発達段階 (該当に○を付けてください)		
①: 寝返りはできない (寝返り不可)			A: 日常生活に関する簡単な言語理解がない		
②: 寝返りはできる (寝返り可)			B: 日常生活に関する簡単な言語理解はある		
③: 座位保持はできる (座位保持可)			C: 色や数が少しはわかる		
④: 室内を自分で移動できる (室内移動可)			D: 文字・数字が少しはわかる		
⑤: 介助で歩行が可能 (介助歩行可)			E: おつりの計算ができる		
⑥: 介助なく歩ける (自力歩行可)			F: 知的障害はない		
			G: その他 []		
※手帳の取得状況 (該当に○を付け、等級等を記載ください)					
①: 身体障害者手帳 (種 級) ②: 療育手帳 (-) ③: 精神障害者福祉手帳 (級) ④: なし					
(3) 日常的に必要な医療的ケア (該当アルファベットに○を付けてください)					
a: 人工呼吸器(気管切開を介する呼吸器) b: 非侵襲型人工呼吸器(マスク式呼吸器) c: 気管切開					
d: 酸素吸入 e: 鼻口腔吸引 f: 気管内吸引 g: 中心静脈栄養 h: 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻等)					
i: 腹膜透析 j: 血液透析 k: 定期的な導尿 l: 膀胱瘻 m: 人工肛門					
n: その他 []					
(4) 現在利用中の医療機関・学校・福祉サービス等 (該当に○をつけ機関名を記載ください)					
①: かかりつけ医療機関 []		⑩: 特別支援学校 []			
②: 市内の医療機関 []		⑪: 小中学校特別支援学級 []			
③: 訪問看護 []		⑫: 小中学校通常の学級 []			
④: 訪問リハ []		⑬: 高等学校・大学等 []			
⑤: 相談支援事業所 []		⑭: 居宅介護(ヘルパー) []			
⑥: 入所施設 []		⑮: 児童発達支援 []			
⑦: 短期入所 []		⑯: 生活介護 []			
⑧: 放課後等デイサービス []		⑰: その他 []			
⑨: 保育園・幼稚園・こども園 []					
(5) 災害時に備えていること (該当するものがあれば○を付けてください)					
ア: 自宅地域のハザードマップの確認		カ: 停電時の電源確保			
イ: 避難場所・避難ルート・避難方法の確認		キ: 停電時の医療機器への対応			
ウ: 家庭内での避難方法の共有		ク: 要支援者名簿への登載確認			
エ: 医療用具・衛生材料の備蓄		ケ: 利用している各機関との情報共有			
オ: 食料品・飲料水の備蓄		コ: 隣人・町内会での情報共有			
サ: その他 []					

※裏面に続きます

